

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 79

NANISME RACHITIQUE

TARDIF

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston BORDET

Né à Essarois (Côte-d'Or), le 17 février 1876



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1902



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1901-1902. — N° 79

NANISME RACHITIQUE

TARDIF

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

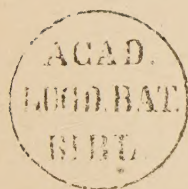
Et soutenue publiquement le 17 Janvier 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Gaston BORDET

Né à Essarois (Côte-d'Or), le 17 février 1876



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

Rue de la Barre, 12. — F. PLAN, Directeur

—
1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET.	DOYEN.
LACASSAGNE.	ASSESEUR.
CROLAS.	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales.	LÉPINE.
	BONDET.
	BARD.
	PONCET.
	X...
Cliniques chirurgicales	FOCHIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.	GAYET.
Clinique ophthalmologique	GAILLETON.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PIERRET.
Clinique des maladies mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des enfants.	MONOYER.
Physique médicale.	HUGOUNENQ.
Chimie médicale et pharmaceutique.	CAZENEUVE.
Chimie organique et Toxicologie.	FLORENCE.
Matière médicale et Botanique.	LORTET.
Parasitologie.	TESTUT.
Anatomie.	RENAUT.
Anatomie générale et Histologie.	MORAT.
Physiologie.	TEISSIER.
Pathologie interne.	AUGAGNEUR.
Pathologie externe.	MAYET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	TRIPIER.
Anatomie pathologique	POLLOSSON (Maurice).
Médecine opératoire.	ARLOING.
Médecine expérimentale et comparée	LACASSAGNE.
Médecine légale	COURMONT (J.).
Hygiène	SOULIER.
Thérapeutique.	CROLAS.
Pharmacologie.	

PROFESSEUR ADJOINT
Clinique des maladies des femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES	
Maladies des voies urinaires.	MM. CHANDELUX, agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	GANGOLPHE, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique.	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires	CAUSSE, Dr ès-sciences.

AGRÉGÉS			
MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. VALLAS, Assesseur,
MM. BÉRARD et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

INTRODUCTION

L'étude du nanisme est une question toute d'actualité. On s'est enfin demandé d'où venaient ces nains, exhibés un peu partout, sur les champs de foire et dans les cirques; on a étudié leur forme, les caractères propres à chaque espèce. Aussi, la radiographie aidant, une théorie toute scientifique remplace à l'heure qu'il est les hypothèses d'autrefois.

Nos ancêtres n'en demandaient pas tant; ces petits hommes, doués parfois d'une intelligence remarquable, souvent difformes et laids, de toute façon très amusants, avaient le don de les distraire; c'était le plus clair de leur mérite.

D'ailleurs, au temps des Pharaons et sous l'ancienne Rome, bouffons du moyen-âge, artistes forains actuels, tous ont laissé dans l'art et dans l'histoire des souvenirs ineffaçables. MM. Charcot et Richer, Henri Meige, y ont puisé leurs cas célèbres, et les portraits qu'ils en donnent, suivis de diagnostics probables, font de leur travail une œuvre vraiment remarquable.

Aujourd'hui, les nains se montrent plus nombreux que jamais; très goûtés du public, source de gros revenus pour leur « barnum », on les déniché aux quatre coins du monde, comme ces bêtes curieuses qu'ils accompagnent du reste dans bien des ménageries.

Eugène Dulin, sujet de notre étude, ne vient pas de si loin; il vit à Lyon, c'est un habitué du service de M. le Prof. Poncet, qui nous l'a présenté avec une obligeance dont nous ne saurions trop le remercier.

C'est un honneur pour nous de voir acceptée par ce Maître la présidence de notre thèse.

Merci au D^r Patet pour ses documents et ses conseils.

Merci à M. Chanoz, chef de travaux à la Faculté de Médecine; ses radiographies remarquables nous ont été d'un grand secours.

Tous deux, avec une amabilité sans égale, nous ont consacré leur temps et leur peine : c'est un devoir de leur témoigner quelque reconnaissance.

Que M. le D^r Mollard, Médecin des hôpitaux, nous permette de lui répéter ici combien nous sommes touché de sa bienveillance, de son affection constante, choses précieuses entre toutes et dont nous garderons longtemps le souvenir. Ses leçons clinique de la Croix-Rousse nous ont été d'un grand secours, plus tard et toujours elles nous seront utiles.

CHAPITRE PREMIER.

OBSERVATION I (1).

Eugène Dulin, âgé de 40 ans, est né à Paris ; tous ses parents ou ancêtres étaient bien conformés, sauf pourtant la mère de son père, un peu petite, mais sans atteindre pour cela au nanisme.

Il a une sœur d'une taille au-dessous de la moyenne ; son père est mort tuberculeux en même temps qu'alcoolique ; sa mère, encore très bien portante, n'a jamais eu de grave affection.

Lorsqu'on l'interroge sur son histoire personnelle, voici les renseignements qu'il fournit avec une assurance et une netteté parfaites :

Sa mère accoucha avant terme (15 jours), mais sans accident ; ce fût 18 mois après cette naissance qu'elle eut une fille.

Dès sa venue au monde, il était très fort et très gros.

(1) Prise par le Dr Patel, aide d'anatomie à la Faculté.

Aucune maladie dans sa première enfance, marche à deux ans, aucun signe de rachitisme.

A 10 ans sa taille, 1 m. 25 c., ne le distinguait pas des enfants de son âge. C'est à cette époque qu'il fit une chute dans un escalier ; quoique peu grave, la marche en devint impossible. Le genou gauche était augmenté de volume. Qu'a-t-il eu à ce moment, on ne le sait au juste, il semble cependant, en face des symptômes douloureux et fonctionnels graves, qu'il ait eu une fracture de l'extrémité inférieure du fémur.

Eugène Dulin fit un long séjour au lit, son état général ne fut pas atteint, il n'eut aucun moment de la fièvre ; son genou devint moins douloureux et il crût alors pouvoir marcher. A son premier essai et malgré des béquilles, il tomba de sa hauteur et se cassa le tibia et l'avant-bras du côté gauche. Ces deux fractures résultaient de chocs très peu marqués, elles étaient peu douloureuses et leur consolidation se fit, paraît-il, très vite.

C'est à partir de ce moment que le malade remarqua le ramolissement plus ou moins marqué de ses os. Son bras, dit-il, pliait au moindre choc. Il se fit, dès lors, toute une série de fractures aux avant-bras, aux bras, aux jambes ; il arrivait à ne pas les compter en raison de leur indolence. Seules les fractures de bras lui amenaient des douleurs terribles.

C'est ainsi qu'il arriva à l'âge de 17 ans ; sa taille était la même qu'à dix ans ; il remarquait déjà quelques déformations qui persistent encore ; la torsion de ses bras et avant-bras par exemple. Malgré tout, son état général était bon, il ne fut pas malade autre-

ment. Il marchait avec des béquilles lorsque l'absence de ses factures le lui permettait, à partir de 17 ans surtout il en fit usage et les garda pendant 7 années. Il avait conservé sa taille de 10 ans, 1 m. 25 c. ; mais aussitôt ces tentatives de marche un peu régulière, ses tibias s'incurvèrent, ses cuisses devinrent convexes en dehors ; peu à peu ses bras s'arrondirent à leur partie supérieure.

Ces phénomènes, cet affaiblissement de la taille, se produisirent pendant deux années, jusqu'à 19 ans : il conserva cependant ses béquilles pendant 5 années consécutives.

Depuis cette époque, il ne change plus, sa taille reste ce qu'elle est actuellement, 1 m. 08 c. Il eut la fièvre typhoïde à 22 ans, la scarlatine à 27 ; ces maladies furent sans influence sur son squelette. Il se maria à 32 ans ; sa femme âgée de 24 ans, eut de lui deux enfants morts en bas âge de méningite tuberculeuse. Atteinte elle-même de tuberculose pulmonaire, elle succomba il y a quelques années à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

Aujourd'hui Eugène Dulin a 40 ans ; sa figure d'aspect un peu rude, porte une barbe abondante ; ses traits sont bien accentués.

Très intelligent, ayant appris tout seul à lire et à écrire, il est gai et ne se plaint nullement de son sort.

Son instinct génital paraît très développé, il fut un mari modèle et, depuis la mort de sa femme, ses conquêtes sont paraît-il, très nombreuses.

Aucun trouble de sa santé, il mange, respire bien ; alcoolique invétéré, il avoue 15 absinthes par jour.

Voici le résultat de son examen méthodique :

Tête. — Tête normale, celle d'un homme de 40 ans, front haut, yeux expressifs, maxillaires normaux.

Circonférence maximum = 58.

Longueur antero-postérieure (de la glabelle à la protubérance occipitale externe) = 33.

Longueur transverse bipariétale = 26.

Diamètre longitudinal maximum (la glabelle prise comme point fixe) = 20.

Diamètre transverse maximum = 16,5.

Indice céphalique = 82,5.

Il appartient à la classe des sous-brachycephales.

Les saillies osseuses (mastoïdes, bosses frontales, pariétales) sont normales.

Cou. — Circonférence = 38. Corps thyroïde facilement perçu.

Face. — Rien à signaler ; les os du nez, malaires, maxillaires sont normaux ; rien de spécial du côté des dents, de la voute palatine, des organes des sens.

Membres supérieurs. — Ils sont considérablement déformés, à droite et à gauche, d'une façon presque analogue. *Le bras* présente une courbure à concavité regardant en dedans ; le sommet de cette courbe ne répond pas au milieu du bras, mais à sa partie toute supérieure, si bien que la voute acromiale semble prolongée en dehors. L'humérus fait des saillies appréciables sous les téguments, elles sont irrégulières. *L'avant-bras* présente une courbure à concavité externe si bien que le membre figure un *S* italique. Il est plus déformé que le bras ; il présente des saillies anormales nombreuses ; ainsi on reconnaît en deux

ou trois points des têtes osseuses semblant devoir perforer la peau. *Main* bien conformée.

Le sujet a peu de force et peu de résistance, il ne pourrait soulever un poids un peu lourd et surtout maintenir son effort prolongé. Les doigts, en extension permanente, arrivent à peine à la demi flexion ; le pouce par contre présente tous ses mouvements normaux, sauf ceux d'abduction.

Lorsqu'on palpe ses membres supérieurs, on les dirait occupés presque en entier par du tissu osseux. L'humérus a des épiphyses normales, une diaphyse énorme, irrégulière ; on sent des saillies extrêmement nombreuses en plus de celles que révélait la simple inspection. Les mouvements de l'épaule et du coude sont normaux. Les os de l'avant-bras paraissent réunis en plusieurs points ; on a la sensation d'un bloc osseux sans conformation définie. Seules les épiphyses tranchent par leur netteté. L'olecrâne, les apophyses styloïdes ont leur volume, leurs rapports normaux. Les mouvements de flexion du poignet sont étendus, mais ceux de pronation et supination impossibles, (on ne perçoit pas la tête radiale) ; le malade y supplée, très imparfaitement d'ailleurs, par des mouvements de l'épaule. Lorsqu'on essaie de les provoquer, on se sent arrêté par une forte résistance ; le sujet accuse alors de la douleur.

On ne sent pas de masses musculaires bien définies ; le biceps, les muscles épicondyliens et épitrochléens ne font aucune saillie en se contractant ; ils paraissent fibreux, fixés pour ainsi dire dans leur forme. On perçoit des mouvements de va et vient dans les con-

tractions volontaires, mais pas d'augmentation de volume.

Chaque segment de membre, pris séparément, paraît très résistant : l'humérus et les os de l'avant-bras souples autrefois, sont aujourd'hui solides ; on ne les fait pas varier en essayant de les courber ; insister provoquerait une vive douleur.

Voici les résultats fournis par la mansuration :

		DROIT	GAUCHE
Bras.....	{ longueur.....	0,17	0,19
	{ circonférence.....	0,09	0,11
Avant-bras..	{ longueur.....	0,11	0,13
	{ circonférence.....	0,16	0,17
Main.....	{ longueur.....	0,13	0,15
	{ largeur.....	0,08	0,08
Longueur totale sans suivre les inflexions.....		0,41	0,47
En suivant les inflexions.....		0,50	0,51

Comme on le voit le droit est plus court que le gauche, cette différence n'est qu'apparente, elle est due aux inflexions plus nombreuses du membre, (peut-être en raison de son usage plus fréquent). Si on suit toutes ses irrégularités, on arrive presque à la même longueur.

Dos. — La colonne vertébrale a une direction presque rectiligne, il existe pourtant une légère scoliose du côté droit à la partie inférieure. La longueur, de la 7^e cervicale à la base du sacrum est de 37 cm.

Thorax. — Régulier, globuleux; côtes et cartilages normaux.

Circonférence mesurée sous l'aisselle, au niveau du mamelon, à l'appendice xyphoïde : partout 0 m. 60 c.

Cœur bat dans le 5^e espace en dehors du mamelon; rythme régulier.

Abdomen. — Il est absolument normal, mais la déformation des membres inférieurs change son orientation, la paroi se trouve dirigée en bas et en arrière.

Foie petit, estomac non déplacé.

Organes génitaux. — Verge très développée, poils du pubis très abondants. Testicules reportés en arrière, peu visibles sur la face antérieure du corps; de volume et consistance normaux.

Membres inférieurs. — Comme les supérieurs, ils sont considérablement déformés. Mais ces altérations, à première vue, ne sont pas analogues; il n'existe pas de saillies aiguës, mais des courbatures à grands rayons. La cuisse gauche est concave en arrière, la droite en dedans; le sommet de ces deux courbures occupe le milieu des segments de membres. Aux jambes existent des déformations semblables; toutes deux sont convexes en avant; comme à la cuisse, ces courbures sont à grand rayon.

Pieds et orteils normaux.

En même temps que ces déformations portent sur un segment de membre pris isolément, il en est d'autres résultant de flexions ou d'extensions devenues permanentes au niveau des articulations. Pris

dans son ensemble, le membre inférieur forme un « Z », la cuisse est fléchie sur le bassin de manière à former un angle de 70° environ, ouvert en avant. La jambe est fléchie sur la cuisse, presque à angle droit, le pied en extension sur la jambe.

Ces déformations sont permanentes, le sujet ne peut les corriger, il marche sur la pointe des pieds. En essayant de les redresser, on est retenu par des insertions musculaires définitivement rétractées ; c'est ainsi que le tandon d'Achille, fortement tendu, se dessine comme dans le cas de fracture bimalléolaire. De même, au niveau du creux poplite le biceps et les jumeaux, au niveau de la hanche les adducteurs et le tenseur du fascia lata, forment des saillies résistantes très accusées.

Les mouvements articulaires sont possibles autant que le permet la rétraction de ces tendons. C'est ainsi que la hanche, le genou se fléchissent bien, mais ne peuvent être mis en complète extension. A noter cependant, qu'au niveau des hanches, les mouvements sont peu étendus et si l'on cherche le trochanter, on trouve qu'il est déplacé en haut. En même temps, dans l'article, se perçoivent de gros craquements.

A la palpation, comme aux membres supérieurs, les os semblent occuper presque toute l'épaisseur du membre : Fémur énorme, élargi du côté de la convexité ; tibia de même et masquant presque complètement le péronne.

Aucune augmentation de volume des épiphyses.

Sur tous ces os, on sent des aspérités, des bosse-

lures irrégulières, mais nulle part des saillies angulaires, suite d'anciennes fractures.

Les muscles sont bien diminués de volume, ils se contractent mal et très lentement. Le malade du reste, est faible sur ses jambes, il marche cependant bien et assez longtemps sur un plan uni ; mais alors, comme il le fait du reste remarquer lui-même, il traîne ses jambes et son bassin remue. Au contraire, monte-t-il des escaliers, une grande fatigue le fait s'arrêter.

Chaque segment de membre est résistant, aucune douleur en essayant des tentatives de redressement.

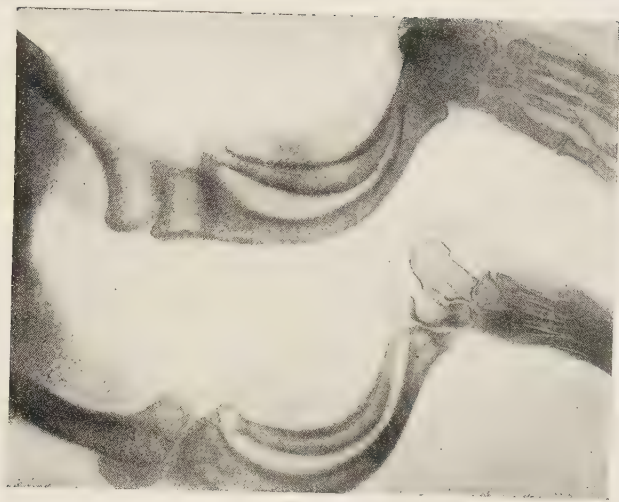
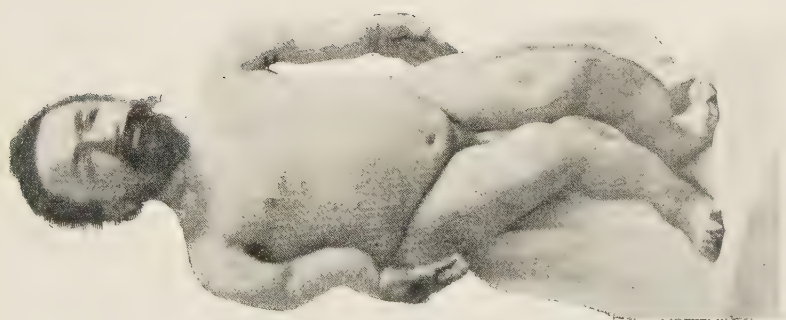
Sensibilité normale.

Mansurations :

		DROIT	GAUCHE
Cuisse.....	{ longueur.....	0,34	0,31
	{ circonférence.....	0,41	0,40
	{ distance du pli inguinal au condyle interne..	0,19	0,18
Jambe, longueur.....		0,33	0,32
Pied, longueur.....		0,24	0,23
Longueur totale {	en suivant les in-		
	flexions	0,72	0,49
	sans les suivre	0,50	0,69



Radiographies obtenues par le D^r CHANOZ, chef de travaux
à la Faculté de Médecine.



Radiographies obtenues par le D^r CHANOZ, chef de travaux à la Faculté de Médecine,

CHAPITRE II.

Examen radiographique.

Avant de commencer cet examen, il nous semble utile d'entrer dans des considérations techniques propres à éviter certaines erreurs d'interprétation. La notion des plans, des reliefs et des ombres exige une grande expérience ; sans elle, tout cliché radiographique, si net soit-il, peut induire en erreur ; M. le D^r Chanoz nous le faisait remarquer, et sa compétence en cette matière étant absolue, nous ne pouvons mieux faire que reproduire ses explications :

« La radiographie ne donne des objets que des
« ombres plus ou moins déformées. Pratiquement
« cette déformation est minimum, quand l'objet, parallèle à la plaque sensible, est aussi rapproché que
« possible de cette plaque.

« Or notre sujet étant dans le décubitus dorsal, les
« épaules, les fesses et les talons, seuls, touchent le
« même plan horizontal. Certaines régions (les genoux)
« sont distants de ce plan de plus de 20 cm.

« Si l'on avait fait la photographie d'un seul bloc, on aurait eu des *ombres-images* très déformées, ne donnant, d'un tel sujet, aucune idée même approchée de la réalité. Aussi est-il préférable de composer le problème opératoire pour obtenir une solution parfaite.

« Le sujet a été partagé en trois régions : 1° thorax ; 2° bras ; 3° bassin et cuisses ; 4° genoux, jambes, pieds, radiographiées séparément. Les diverses épreuves ainsi obtenues sont à étudier chacune pour leur propre compte on ne peut les rapprocher ou les souder pour essayer de reconstituer le sujet complet, car elles représentent la projection de chaque région vue de points différents. » (D^r Chanoz, chef de travaux à la Faculté.)

C'est ce qu'il faut bien retenir de peur d'entrer dans de fausses interprétations.

Le tirage de ces épreuves radiographiques présentait des difficultés particulières, la graisse est « l'ennemie du radiographe » or Dulin en possède une couche respectable. Le talent de M. Chanoz a triomphé et la netteté de ses clichés facilitent l'examen méthodique que nous allons entreprendre.

Voici les principales déformations observées :

Membres supérieurs. — *L'humérus* présente une courbure à convexité externe, un peu plus marquée à la partie supérieure (par suite sans doute de l'usage des béquilles). Sa tête déformée est considérablement augmentée de volume ; si bien qu'elle ressemble au bulbe d'un oignon, dont la tige serait représentée par la diaphyse. Son épiphyse inférieure, très élargie dans

le sens transversal fait saillir fortement l'épitrochlée et l'épicondyle.

Le radius lui aussi est courbé, mais à convexité interne, surtout à sa partie inférieure qui se termine par une épiphyse très noueuse ; au point que l'articulation du poignet semble déformée.

Le cubitus paraît rectiligne, pourtant sa partie inférieure, cachée dans l'ombre du radius, pourrait bien présenter les altérations morphologiques de ce dernier os.

A la main, le carpe forme une masse confuse. Rien autre de particulier à signaler.

Colonne vertébrale. — Contrairement à ce que faisait prévoir l'observation du malade, ne notant qu'une légère scoliose du côté droit à sa partie inférieure, le rachis est considérablement déformé. A partir des 4^e et 5^e dorsales, la colonne s'incurve à gauche, puis revient brusquement à droite, au niveau de la 12^e, pour reprendre sa direction première, mais avec lordose marquée, jusqu'au sacrum.

A la partie postérieure du *thorax*, les côtes doivent s'accomoder aux déformations du rachis. Les côtes droites s'articulent normalement et perpendiculairement à sa cavité ; à gauche, il n'est plus de même ; pour s'adapter à la courbure des vertèbres et conserver à la fois leur direction normale, elles se sont incurvées à quelque distance de leur surface articulaire. Cette incurvation est à concavité supérieure, de sorte qu'elles semblent grimper après la colonne vertébrale.

Ceci se constate à l'inspection de nos photogravures

mais les clichés radiographiques (négatifs) montrent les détails qui se perdent au tirage des positifs et à la préparation des planches d'impression. En étudiant les clichés directs que le Dr Chanoz a bien voulu mettre à notre disposition, nous avons fait de plus les constatations suivantes : les vertèbres déplacées latéralement, ont aussi éprouvé une sorte de rotation autour de la verticale, à partir de la courbure de scoliose, si bien que depuis ce niveau, les apophyses épineuses deviennent visibles sur le côté gauche de la colonne vertébrale. — Courbes accentuées des *clavicules*.

Bassin. — Il est déformé, irrégulièrement rétréci, la lordose lombaire s'est exagérée, empiète sur le détroit supérieur, aussi les derniers corps vertébraux de cette région cachent-ils la partie supérieure du sacrum. Ce dernier, tout à fait rejeté en avant, présente en arrière une concavité marquée.

L'os coxal, sur le côté gauche de l'épreuve, paraît normal ; l'articulation coxofémorale ne présente rien de particulier. De l'autre côté il n'en est plus de même, la tête fémorale semble avoir déformé le bassin ; elle déprime fortement en dedans l'os coxal avec lequel elle s'articule. Celui-ci, rapproché de la colonne lombaire par sa partie médiane, présente dans son ensemble une concavité externe ; il repousse à droite son congénère, d'où résulte ce fait que la symphise se trouve reportée bien à gauche. Nous constatons en somme *un détroit supérieur très rétréci*, par lordose lombaire et raccourcissement du diamètre oblique droit.

Membres inférieurs. — Fémur droit concave en dedans, fémur gauche concave en arrière. Leurs épiphyses semblent normales, un peu noueuses à l'articulation du genou. Les os de la jambe ont une convexité antérieure typique. Le tibia notablement courbé possède un plateau articulaire volumineux. Le péroné courbé lui aussi dans le même sens, présente la forme dite « lame de sabre ».

Rien de bien spécial au coup de pied et au pied.

Il nous faut maintenant répondre à plusieurs questions : Pierre Dulin est-il un nain ? Dans quelle espèce peut-on le classer ? Quelle est la cause de son nanisme ?

Etudions d'abord ce nanisme, sa définition, ses variétés ; nous nous occuperons ensuite du diagnostic.

CHAPITRE III.

Définition du nanisme.

Dans son curieux ouvrage sur les nains et les géants (1), M. E. Garnier définit ainsi le nanisme :
« On donne le nom de *nains* à tous les êtres organisés, et plus spécialement aux individus de l'espèce humaine dont la taille est de beaucoup inférieure à la taille moyenne de leur espèce ; mais seulement quand cette exiguité de la taille porte sur l'ensemble de l'organisme et *dépend de la diminution du volume de toutes les parties du corps tenant à un arrêt de développement.* »

« Cette dernière restriction, dit M. Henri Meige, risque fort de réduire à néant le nombre des nains naturels. Malgré les cas célèbres de nains accomplis, depuis Joseph Borulawski gentilhomme polonais jusqu'au général Tom-Pouce présenté par Barnum, toutes ces perfections exiguës seraient peut-être jugées plus sévèrement de nos jours, au point de

(1) E. Garnier, Nains et Géants. Bibliothèque des Merveilles, p. 52.

« vue morphologique. Le nain pur sang, bien proportionné, sans tare physique, l'homme miniature n'existerait pas. »

Et pourtant, sans parler des Pygmées antiques, dont la légende a sans doute servi de cadre aux voyages de Lilliput, n'existe-t-il pas dans certaines régions du Thibet et surtout au centre de l'Afrique, des peuplades minuscules, se suffisant à elles-mêmes, vivant au fond des forêts du produit de leur chasse.

Citons ces passages de Stanley : « Dans les provinces équatoriales de l'Afrique, sur les bords de l'Itouri, vivent les Ouamboutti, nomades de très petite taille. Ces nains, d'une stature variant de 92 à 138 cent. et dont le plus robuste ne pèse guère au-delà de 40 livres, habitent les forêts vierges et se nourrissent de gibiers... Il existe deux types de nabots absolument distincts au point de vue du teint, de la conformation de la tête et des caractéristiques faciaux. Les Batoua ont la tête allongée, le visage étroit, de petits yeux rougeoyants et rapprochés, ce qui leur donne une mine de furet, anxieuse et refrognée. Les Ouamboutti ont la face ronde, de grands yeux de gazelle très distants, le front découvert, d'une franchise absolue, la peau d'une riche coloration jaune ivoire... C'est ici (sur les bords de l'Itouri), que je vis mon premier échantillon de la tribu des nains : une jeune fille d'environ 17 ans, mesurant 84 cent. de hauteur et parfaitement modelée, à peau luisante et fine. Ses yeux étaient magnifiques mais démesurément grands pour une si petite créature, presque autant que ceux d'une ga-

« zelle ; gros, saillants et très vifs... Cachée sous les
« plis d'un animalisme anormalement épais, leurs
« âmes existaient cependant et aussi les sentiments
« les plus délicats restés inertes et torpides par défaut
« d'exercice (1). »

Ces petits hommes, ainsi appelés par les trafiquants du Congo, ne sont-ils pas des nains parfaits ? Des malades, des difformes peuvent-ils perpétuer une race ?

Quoi qu'il en soit des théories, tenons-nous en à la définition de Littré, pour qui nain ou naine est « celui ou celle qui est de taille beaucoup plus petite que la taille ordinaire », en y ajoutant cette réserve de M. Henri Meige (2) « à la condition que l'exiguïté de la taille ne soit pas causée par la disparition ou la diminution excessive d'un des segments du corps ».

(1) Stanley. Dans les ténèbres de l'Afrique, t. 1^{er}.

(2) Henri Meige. Nains et bossus dans l'Art. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1896.

CHAPITRE IV.

VARIÉTÉS.

I°

Nains rachitiques.

Le rachitisme est de beaucoup la plus fréquente malformation corporelle qu'on observe chez les nains aussi insisterons nous quelque peu sur ses caractères.

« C'est une maladie survenant à la période de croissance, liée à des troubles généraux de la nutrition, « caractérisée par des altérations du tissu osseux et « des déformations du squelette. Nous croyons utile « de faire rentrer dans cette définition, la notion des « troubles généraux de la nutrition, ce serait une « erreur de considérer cette affection comme une « simple altération du tissu osseux (A. Poncet) (1).

(1) Traité de chirurgie de MM. Duplay et Reclus. Maladies du système osseux.

En 1650, Glisson publia le premier ouvrage important sur le Rachitisme; Trousseau et Lassègne (1848-1850), Broca (1852), Parrot (1881); beaucoup d'autres encore s'étaient surtout attachés à discuter sa pathogénie. Il faut arriver aux travaux de M. le professeur Poncet (dans le *Traité de Chirurgie* de MM. Duplay et Reclus) à la thèse de M. Spillmann (1), pour trouver la question exposée d'une façon vraiment complète.

Cette maladie apparaît pendant la période de croissance, surtout dans la première enfance, « vers la fin de la période de lactation, c'est-à-dire vers la fin de la première année et le commencement de la seconde » (A. Poncet). Elle peut être aussi congénitale ou tardive, mais ces cas sont la grande exception, nous les examinerons à la fin de cette étude.

Étiologie. — L'hérédité, son influence, ne peut trouver ici qu'une place accessoire; les nombreux cas de rachitisme familial dont M. Zimmern (1) nous donne de si beaux exemples ne doivent être rattachés qu'à la communauté des causes générales résultant d'une hygiène défectueuse. Que penser de la scrofule, de la tuberculose, de la syphilis? de ces états infectieux rencontrés si souvent dans l'histoire de la maladie qui nous occupe? faut-il, comme l'a dit M. Parrot, faire du rachitisme une manifestation morbide pure et simple? Non certainement. Ces tares diverses agissent seulement comme causes prédisposantes, en affaiblissant l'organisme, en diminuant sa résis-

(1) Zimmern. *Rachitisme familial*. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, juillet 1901.

tance. Les seules, les vraies causes efficientes, nécessaires, dérivent de l'âge et de l'hygiène. En Europe, dans les classes pauvres, les populations ouvrières des grandes villes, la vie en commun dans des espaces confinés, le froid humide, le manque d'air, de lumière, une alimentation défectueuse surtout, font un terrain de culture excessivement favorable. Le sevrage prématuré, l'usage de lait de mauvaise qualité, de bouillies diverses, créent un ensemble de troubles gastro-intestinaux que l'on rencontre presque toujours au début du rachitisme. L'observation pure et simple nous démontre ces faits ; bien plus, M. Spillmann dans des expériences faites sur les animaux, obtient des lésions rachitiques par inoculation d'extraits de matières fécales. Citons maintenant pour mémoire la décalcification des os obtenue par l'ingestion d'acide lactique (les fermentations intestinales sont encore en cause) et par le phosphore. Ces expériences peuvent paraître concluantes au premier abord, mais, lorsqu'on les examine de près, on constate bien un ramolissement des os, mais jamais, ni le tissu *spongoïde*, ni le tissu *chondroïde*, lésions caractéristique du rachitisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Cartilage de conjugaison transformé en tissu chondroïte et en tissu spongoïde ; périoste épaissi rougeâtre donnant naissance par sa face profonde au tissu ostéoïde qui envahit la diaphyse ; telles sont les lésions caractéristiques du rachitisme. Elles consistent en une néoformation vasculaire intense qui, combinée à la prolifération des cellules cartilagineuses et à l'écartement des travées

osseuses, à l'altération du tissu compact, explique la tuméfaction des épiphyses, le ramolissement des diaphyses.

Nous retrouvons dans l'os rachitique tous les termes de l'inflammation : 1° néoformation de cellules conjonctives; 2° différenciation de ces cellules; 3° formation abondante de néocapillaires. On doit considérer ceci comme une ostéite juxta-épiphysaire sous-périostée. Les troubles de la calcification, l'arrêt de l'ossification n'en sont que les conséquences.

SYMPTÔMES. — L'évolution du rachitisme peut se diviser en trois périodes : *début, état, terminaison*. Pendant la *phase de début* aucune déformation ne peut mettre sur la voie du diagnostic. L'enfant devient triste, il craint les mouvements, la fatigue; c'est un endolorissement général du corps, ce sont des troubles digestifs variés, vomissements, diarrhée, dilatation de l'estomac, pouvant aboutir à la cachexie. En même temps le foie, la rate se tuméfient; il en résulte une distension notable de l'abdomen et un évasement du thorax transformé en entonnoir.

Puis avec la *période d'état* apparaissent les tuméfactions, le ramolissement des os. A la *tête* : augmentation de son volume, persistance et élargissement des fontanelles, front massif, bombé, proéminent; cranio tabés avec ses conséquences (spasme de la glotte, convulsions). La dentition est notablement retardée, sans altération de forme ou vice d'implantation bien nets; une déviation en dehors du bord alvéolaire supérieur et en dedans de l'inférieur résulte de déformation des maxillaires.

Au thorax : chapelet rachitique, aplatissement latéral de la cage (thorax en carène) à sa partie moyenne, élargissement à sa base.

Le rachis lui aussi peut être déformé, en scoliose, cyphose, ou bien ne présenter qu'une exagération de ses courbures normales.

Bassin : c'est là que les déformations se montrent le plus constantes, elles peuvent varier à l'infini et l'on conçoit l'importance de leur diagnostic au point de vue de l'accouchement.

Aux membres supérieurs : épiphyses tuméfiées surtout au poignet; augmentation des courbures normales exagération de la torsion humérale, flexion en arc de l'avant-bras avec concavité antérieure.

Aux membres inférieurs : fémurs arqués, à convexité antérieure, tibias en lame de sabre, quelquefois genu valgum ou varum, épiphyses du coup de pied tuméfiées.

Enfin du côté *des viscères* : certains troubles cardiaques ou respiratoires résultent des déformations thoraciques, d'autres (élargissement de l'abdomen, de la base du thorax) doivent être mis sur le compte de l'état des voies digestives. Notons enfin la *fièvre* et la *phosphaturie*.

TERMINAISON. — Les déformations des membres dépendent évidemment de l'usage qu'en a fait le petit malade; a-t-il marché; s'est-il traîné sur ses mains? les diaphyses se courberont mécaniquement et la consolidation les surprenant dans cet état, rendra les déformations indélébiles. Au contraire, l'enfant restant au repos ou trop jeune pour marcher, l'évolution

de la maladie se fera sans symptômes extérieurs et, sans doute, bien des rachitismes passent ainsi inaperçus.

De ces déformations, surtout celles qui atteignent les membres inférieurs et la colonne vertébrale, peut résulter le nanisme. Le sujet n'atteint pas la taille normale. Mais encore ce nanisme n'est que relatif : redressez la courbure de ces os, vous obtiendrez un adulte.

Est-il même un nanisme vrai ? En prenant à la lettre la définition de M. H. Meige : « L'exiguïté de la taille ne doit pas tenir à la diminution excessive d'un des segments du corps » peut-être pourrions-nous rester dans le doute. Quoiqu'il en soit, le D^r Félix Regnault vient de faire paraître, dans les *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique*, sous le titre de « Nanisme vrai chez les Rachitiques », un article où il spécifie « que le nanisme des rachitiques « n'est pas dû seulement aux courbures pathologiques de la colonne vertébrale et des os des membres inférieurs ; chez certains sujets on observe « aussi un arrêt de développement en longueur des « os ; alors seulement il y a nanisme vrai. Cet arrêt « de développement peut porter sur les quatre membres à la fois, sur les deux inférieurs ou seulement « sur l'un d'eux. Ces os rachitiques arrêtés dans leur « développement en longueur sont très épais, leur « courbure est moins forte que celle des os qui ont « continué à s'allonger ; un tel os de rachitique est « court et épais comme celui de l'achondroplase ; « mais on le distinguera en ce qu'il est courbé et

« non coudé, en ce que sa surface est plus lisse, que
« les saillies y sont plus marquées. Chez le rachiti-
« que vivant, l'arrêt de développement est postérieur
« à la maladie; chez l'achondroplase il est congé-
« nital (1). »

Concluons : le rachitisme peut créer un nanisme fruste il peut créer aussi un nanisme vrai.

RACHITISME CONGÉNITAL. — Nous avons étudié jusqu'ici cette maladie dans sa forme la plus commune, celle qui frappe la première enfance. Existe-t-elle chez le fœtus? Oui, dans quelques cas; mais la plupart des déformations congénitales doivent être rattachées à l'achondroplasie.

RACHITISME TARDIF. — Depuis les travaux de MM. Winlechner (2), Duplay (3), Deyder (4), Hutinel (5), et Jamès (6), l'apparition tardive du rachitisme n'est plus à discuter : anatomie pathologique aussi bien que symptômes confirment son existence. D'ailleurs pendant la puberté, l'ossification du squelette n'est nullement terminée ; la croissance subit jusqu'à 20 ans une accélération notable. Le cartilage de conjugaison profilère, son action peut dépasser le but et aboutir aux tissus chondroïdes et spogioïdes. Ces poussées

(1) Dr Félix Regnault. Bulletins et Mémoires de la Société anatomique, juillet 1901.

(2) Weinlechner. Rachitistarda, Société des médecins de Vienne, avril 1885.

(3) Duplay. Gazette des hôpitaux, 1891, p. 139..

(4) Deyder. Rachitisme tardif, Thèse de Lyon, 1895.

(5) Hutinel et Auscher. Rach. tardif familial. Soc. méd. des hôp., 15 juillet 1897.

(6) James. Schottisch. Med. a surg. journ., janvier 1897.

congestives observées si souvent dans le cours des maladies infectieuses, Rougeole, Variole, etc..., produisent chez des sujets sains un simple accroissement de taille ; dans un terrain préparé, au contraire, ce seront des lésions rachitiques.

Celles-ci peuvent être locales — genre valgum, scolisse, pied valgus douloureux — ou généralisées. Comment, dans ce dernier cas, les distinguer des lésions survenues pendant la première enfance ?

Rappelons que chez un adolescent l'ossification du crâne se termine bien avant celles des autres parties du squelette, les os longs en particulier. A partir de 14 et 18 ans, la tête peut rester ce qu'elle restera toujours, tandis que les membres subiront encore un allongement notable. Aussi ne faut-il pas s'étonner de trouver *l'indice céphalique normal* chez des sujets atteints de *rachitisme tardif*. Ce signe le distinguera de celui de la première enfance. Ajoutons-y sa *prédilection pour les os longs* et l'histoire du malade, un diagnostic deviendra possible.

II.

Nains achondroplasiques.

La plupart des achondroplasiques meurent en naissant. Pourtant depuis les travaux de Parrot (1878), de Porak (1889-90) (1) et surtout ceux de M. Marie (1900) (2), depuis l'avènement de la radiographie, on s'aper-

(1) Porak. Nouvelles Archives d'Obstétrique (1889-90).

(2) Marie. Achondroplasie, Presse médicale, juillet 1900.

çoit que beaucoup de nains classés rachitiques à première vue, sont atteints en réalité par la maladie, qui fait l'objet de ce chapitre ; ils arrivent à l'âge adulte jouissant jusqu'à la fin d'une force, d'une santé parfaite.

Une tête énorme, des membres minuscules, le tout attaché à un tronc normal, voici ce qui frappe, à la vue d'un achondroplasique.

Chez un sujet normal, la paume des mains descend jusqu'au tiers moyen des cuisses, tandis qu'ici elle n'atteint qu'à peine le pli de l'aîne. Les jambes sont petites en proportion.

Etudions en détail le cas célèbre d'Anatole qui peut être considéré comme le type le plus pur (Marie) :

Son crâne est globuleux ; les frontaux, pariétaux développés et saillants, la face semble en retrait derrière eux.

Circonférence occipito-frontale : 67.

Indice céphalique très élevé : 100.

Nez épaté.

Thorax normal.

Sacrum reporté en arrière d'où ensellure lombaire.

Membres supérieurs écartés du tronc, avant-bras beaucoup plus long que le bras, le contraire de ce qui existe à l'état normal.

Main en trident : les doigts écartés les uns des autres en éventail présentent tous la même longueur ; annulaire un peu postérieur.

Les membres inférieurs sont courbés, à convexité externe ; cette courbure ne résulte pas de déformations diaphysaires, son grand rayon correspond à l'articu-

lation du genou, à un angle très net formé par le fémur et le tibia ; ainsi s'explique l'obliquité du pli du jarret.

Organes génitaux complets, à fonctions normales.

Musculature très développée.

Poids supérieur à celui d'un enfant de même taille.

Intelligence conservée mais anormale, présentant des lacunes, peu en rapport avec l'âge.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Chez le nain achondroplasique, l'ossification enchondrale du cartilage de conjugaison seule se trouve modifiée ; l'ossification périostée persiste. L'accroissement de l'os ne se fait plus en longueur mais seulement en épaisseur. Les épiphyses hypertrophiées, irrégulières, comme tassées ne donnent plus à la radiographie cette zone claire caractéristique du cartilage de conjugaison, celui-ci est ossifié plus ou moins régulièrement. De ces lésions résulte une soudure, un arrêt de développements précoces des os de la base du crâne, le rétrécissement de cette base provoque une dilatation de la voûte crânienne sous la poussée de l'encéphale qui déborde. Les bosses frontales, pariétales sont saillantes, les fontanelles largement ouvertes. Les diamètres transversaux augmentant plus que les autres, la tête paraît ronde. La face petite en retrait (les maxillaires supérieures se rapprochant de la colonne vertébrale, les os du nez disparaissant sous le front). Les omoplates, le bassin, sont peu développés ; les os des

membres très courts mais assez épais ont souvent des épiphyses volumineuses, ce qui explique l'écartement des bras du tronc, la tête humérale trop grosse ne pouvant se loger dans la cavité glénoïde trop petite.

De cette étude il faut retenir surtout que vers le troisième mois de la vie intra-utérine, l'ossification cartilagineuse épiphysaire se trouve arrêtée, ce qui amène le manque d'allongement de l'os, tandis que l'accroissement par le périoste continue normalement. Par suite l'épaisseur en est proportionnellement exagérée. La même notion nous permet de comprendre que certains os : clavicules, côtes, frontal, pariétaux, etc., se développant aux dépens du tissu embryonnaire sans passer par la phase cartilagineuse conservent une forme et des dimensions normales. Ainsi se trouve expliqué le désaccord frappant entre le développement du tronc et celui des membres.

Par quoi sont causés tous ces troubles ? M. Marie, les comparant à ceux qui résultent de l'ablation du corps thyroïde, les rattache à quelque altération de fonction ou de développement d'un organe glandulaire inconnu.

Résumons : *macrocéphalie, micromélie, mains larges, en trident, thorax normal* ; hypertrophie considérable des os longs avec arrêt de leur développement longitudinal. Tels sont les caractères de l'achondroplasie.

On la distinguera du rachitisme 1° par son apparition pendant la vie intra-utérine, 2° par l'absence de déformations sternales, costales, claviculaires ; d'in-

curvations diaphysaires ; 3° par le volume de la tête.

Pas plus que le rachitique, le nain achondroplastique ne satisfait exactement à la définition de M. Meige ; l'exiguïté de sa taille tient certainement à la diminution excessive d'un des segments du corps.

Nous allons maintenant étudier une variété plus intéressante, mais aussi très peu connue, celle qui se rapproche du type idéal : l'infantilisme.

III.

Nains athyroïdiens.

Athyroïdisme congénital et Athyroïdisme acquis.

(A. PONCET.)

Depuis vingt ans, l'étude du corps thyroïde a fait de grands progrès ; grâce aux travaux de Brissaud, de Reverdin (1882), de Gauthier et de Charolles, de Danis (1) (thèse inspirée par M. le prof. Poncet, la fonction thyroïdienne s'est créée au milieu de la pathologie générale, une place importante. Trop envahissante même, puisque certains rattachent à sa suppression la plupart des maladies attribuées jadis au ralentissement de la nutrition ; depuis le rachitisme jusqu'aux types infantiles divers.

M. Hertoghe, pour appuyer cette proposition, insiste sur ce fait que le traitement thyroïdien réussit

(1) Danis. Thèse de Lyon (1896).

(2) Hertoghe. Bull. de l'Académie royale de Belgique. Oct. 1897.

dans la plupart des cas. « Si l'on considère dit-il, que
« l'on peut rencontrer dans la même famille des nains
« myxœdemateux, rachitiques ou chondrodystro-
« phiques, et parfois simplement des enfants obèses,
« si l'on considère, d'autre part, que tout nain myxœ-
« demateux présente du côté du squelette des dé-
« formations rachitiques, si l'on note enfin que ces
« diverses manifestations dystrophiques se laissent
« uniformément et avec succès traiter par les extraits
« de glande thyroïde, on se laisse petit à petit envahir
« par cette idée que les influences délétères capables
« d'arrêter la croissance portent toutes leur effort
« premier sur la glande thyroïde ; que celle-ci, diver-
« sement altérée dans son fonctionnement d'après le
« degré de la lésion, crée des enfants obèses, des ra-
« chitiques, des chondro-dystrophiques et finalement
« des myxœdemateux. La notion d'infantilisme serait
« ainsi notablement simplifiée, l'infantilisme est un
« il est essentiellement d'origine dysthyroïdienne ».

Exagération évidente ; M. Brissaud (1) s'est attaché à le démontrer, il a distingué au milieu de toutes les espèces infantiles un infantilisme vrai, unique en son genre ; il a prouvé que celui-ci seule était d'essence thyroïdienne.

Quoiqu'il en soit, les résultats fournis par la physiologie et l'anatomie pathologique sont concluents : la suppression du corps thyroïde détermine une maladie du cartilage épiphysaire aux dépens duquel se fait l'accroissement des os longs ; les malades présentent

(1) Brissaud. Leçons sur les maladies nerveuses. Classification des infantiles.

un teint blaffard, une peau dure, des poils cassants, une bouffissure généralisée, surtout à la face, aux paupières. Un nez large, épaté, surmonte des lèvres épaissies, renversées, des dents mal formées, mal implantées. Ajoutons à cela un air endormi ébété, des extrémités froides, un arrêt du développement général, physique et moral : vous aurez le portrait de ces êtres difformes rencontrés si souvent dans les vallées des Alpes.

Beaucoup de ces idiots sont nains, nous allons les étudier quelque peu.

Au nanisme thyroïdien se rattache l'Infantilisme myxœdemateux, qu'est-ce que l'Infantilisme ? Paul Richer (1) le définit : « un état physique et mental qui
« s'observe chez les individus dont l'appareil sexuel
« a subi congénitalement ou accidentellement un
« arrêt dans son évolution ; ses caractères extérieurs
« sont, à l'accroissement de la taille près, ceux
« qui appartiennent à l'enfance jusqu'à l'époque de la
« puberté. Le signalement de l'infantile sera donc
« ainsi conçu : face arrondie, joufflue, lèvres saillantes
« et charnues, nez peu développé, visage glabre,
« peau fine, de couleur claire, cheveux fins, sourcils
« et cils peu fournis. Torse allongé, cylindrique,
« ventre un peu proéminent ; membres potelés,
« effilés de la racine aux extrémités, une couche adipeuse d'une assez grande épaisseur enveloppant
« tout le corps et masquant les reliefs osseux, musculaires. Organes génitaux rudimentaires, absence de

(1) Paul Richer. Les hermaphrodites dans l'art. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 6, 1982.

« poils au pubis et aux aisselles. Voix grêle, aigre ;
« larynx saillant. Corps thyroïde généralement
« petit. » Tel est le syndrome morphologique qui
appartient en propre aux infantiles. C'est l'infanti-
lisme pur et simple. Un état mental infantile accom-
pagne toujours la malformation corporelle. Il con-
cordera généralement avec celui de l'âge que paraît
conserver le corps : légèreté, naïveté, pussilanimité,
pleurs et rires faciles, irascibilité prompte mais
fugace, tendresses excessives ou répulsions irrai-
sonnées.

Le nanisme figure parmi ces nombreux attributs.
L'infantile à moins qu'il ne soit devenu tel après la
fin de sa période de croissance, est souvent un nain.
Mais pourquoi tous ces nains ne se ressemblent-ils
pas ? les uns présentent tous les attributs du créti-
nisme : déformation, infantilisme, idiotie ; d'autres
sont petits, infantiles, mais intelligents ; d'autres
petits, mais intelligents et doués de toute leur vigueur
sexuelle. Pourquoi ces différences ? D'après MM. Bris-
saud et Poncet, deux facteurs sont en cause créant
des myxœdèmes partiels : 1° Intensité de la lésion
thyroïdienne ; 2° Age auquel la suppression de la
fonction produit l'arrêt du développement.

1° *Intensité de la lésion thyroïdienne.* — « La glande
« thyroïde de l'homme se compose de deux tissus,
« l'un thyroïdien, l'autre parathyroïdien, tissus diffé-
« rents qui, chez certains animaux, constituent des
« glandes absolument distinctes ; les *thyroïdes* et les
« *parathyroïdes*. Ces deux tissus sont juxtaposés chez
« l'homme et peuvent être même si complètement

« mélangés que les lésions accidentelles des corps
« thyroïdes *en masse*, doivent intéresser également
« les deux tissus et troubler les deux fonctions. Le
« syndrome myxœdème sera au complet.

« Mais qu'une altération spontanée du tissus
« thyroïdien par exemple et systématiquement limitée
« à ce tissu, évolue sans compromettre en rien le
« le tissu parathyroïdien, l'état morbide subséquent
« différera sensiblement de celui que produirait la
« perte de la fonction totale. Or, il semble d'après les
« indications cliniques et physiologiques qu'on peut
« dès à présent mettre à profit, que la suppression du
« tissu thyroïdien détermine des dystrophies du
« tégument et du squelette, tandis que l'abolition de
« la fonction parathyroïdienne provoque les accidents
« nerveux et en particulier les troubles intellectuels
« associés au myxœdème » (Brissaud).

2° *Age auquel la suppression de la fonction thyroïdienne produit l'arrêt de développement.* — Le myxœdème est-il *congénital* ? nous aurons un être informe, idiot, crétin, qui restera toute sa vie et sans jamais les changer avec ces attributs. Mais ce n'est pas de l'infantilisme myxœdémateux, c'est de la cachexie strumiprive, du myxœdème infantile. *L'infantilisme vrai doit être acquis* « c'est seulement la persistance des caractères fondamentaux de l'enfance à un âge où on n'est plus enfant » (Brissaud).

L'athyroïdisme est-il acquis dans *la première enfance* ? l'organisme arrêté au début même de son développement, toutes les fonctions amoindries, on aura des êtres semblables au Pacha de Bicêtre, pré-

sentant au complet le type d'infantile myxœdémateux. Ce syndrome les surprend à peine formés, il leurs conservera toujours ses caractères.

Mais survient-il plus tard *dans l'adolescence* ? il arrêtera la croissance, l'évolution, à cette période exacte, mais conservera au malade les fonctions qu'il lui a trouvées. Est-ce à 10 ans ? toujours subsisteront les attributs physiques et intellectuels de cet âge : taille, facies, organes génitaux et leur fonction ; culture intellectuelle.

Tout ceci plutôt théorique que réel, pourrait s'expliquer par un arrêt simple du développement. L'infantilisme est plus que cela « on peut dire que « lorsqu'il débute tardivement, le myxœdème refait « à ceux qu'il frappe, une pitoyable première enfance, « quelque chose comme la torpeur fœtale du nouveau né. » (Brissaud)

Théoriquement l'*adulte* frappé de ce mal devrait, comme l'adolescent, conserver intactes ses attributs passés, mais sans plus pouvoir les développer. En réalité il n'en est pas ainsi ; tout ce qui fait la vie de relation est annulé, « l'intelligence retourne dans les « limbes, les tissus reprennent leur constitution col-
« loïde, les poils tombent. Il n'est pas jusqu'au sexe
« qui ne soit, fonctionnellement tout au moins, ra-
« mené à cet état neutre auquel l'embryon seul se
« résigne en attendant mieux. » (Brissaud.)

Dans la suppression de la fonction thyroïdienne, le facteur « *âge* » n'est, en effet, que négligeable ; le malade peut perdre ce qu'il possédait ; l'intensité de la lésion glandulaire, son influence reste seule en jeu ;

seule elle explique la diversité des symptômes chez des malades atteints à la même période de leur évolution.

Concluons, avec M. Henri Meige, qu'il existe des myxœdèmes frustres, sous la dépendance d'une lésion thyroïdienne atténuée, qui se révèlent par un facies et un habitus corporel parfaitement reconnaissables ; les uns difformes, crétins sont réduits à demander l'aumône ; d'autres vivent de leur travail, avec une intelligence parfois très développée, n'attirant l'attention que par l'exiguïté de leur taille. Tous se reconnaissent à cet embompment flasque, cette face lunaire et ces doigts en boudins, qui leur donnent l'apparence de bébés bien nourris prématurément ridés par une précoce vieillesse.

Le portrait de Simon Jane Paap, représenté par M. Brissaud dans sa classification clinique des Infantiles (1), peut être considéré comme typique. Avec un peu d'habitude et d'observation il semble possible de diagnostiquer à première vue cette variété de nanisme. En Allemagne l'espèce « Bengali » n'est pas rare, l'Eldorado de Lyon nous en offrait dernièrement un spécimen : deux frères (20 et 24 ans, taille 1 m. 20 c.) luttant entre eux avec une ardeur sans égale. Ces nains feraient sans doute bon ménage avec « la Reine Mab », exhibée à l'heure qu'il est par Barnum, plus petite pourtant, et peut-être moins intelligente. Ces nains ressemblent fort à Jane Paap et paraissent réaliser le type infantile avec son facies lunaire d'enfant si caractéristique.

(1) Leçons sur les maladies nerveuses, p. 463.

IV.

Nanismes divers.

Infantilisme (type Lorain).

A côté de l'infantilisme myxœdémateux, infantilisme vrai de Brissaud, il faut placer le type de Lorain. Tous les vices de la nutrition qu'ils soient d'origine mécanique, qu'ils résultent de tares héréditaires ou acquises, concourent à la création d'un nanisme spécial, celui qui se rapproche le plus du type idéal, « celui qui dépend de la diminution de volume de « toutes les parties du corps tenant à un arrêt de « développement » et satisfait ainsi à la définition de M. Garnier.

Intoxications par l'alcool, le plomb, le mercure, le sulfate de carbone et la morphine; maladies infectieuses diverses, végétations adénoïdes du pharynx, anangioplasies, toutes ces causes concourent au même résultat : la cachexie. Cachexie fruste sans doute, mais aucun mot ne définit mieux le ralentissement de la nutrition. Etudions successivement ces intoxications diverses et cherchons l'importance de leur rôle dans l'origine du nanisme.

1° *Plomb, mercure, sulfure de carbone, alcool, morphine.* — Les lésions consistent surtout en un arrêt du développement du squelette;

2° *Tuberculose.* — Ses rapports avec le nanisme, l'infantilisme ont été étudiés en 1871 par Faneau de

la Cour. Certains enfants, nés de parents tuberculeux, conservent jusqu'à la fin un aspect chétif. Les muscles sont grêles; mous, les os plus longs s'ossifient de bonne heure, les dents apparaissent irrégulièrement, le pénis reste petit, les testicules atrophiés, la barbe pousse rare et claire. Tout en eux est petit, rabougri; ce sont des cachectiques, de l'avis de Brissaud, des malades et non des infantiles purs qui, eux, jouissent d'une excellente santé. D'autre part, chez certains Pottiques, la contracture permanente des muscles du dos crée un tassement des disques vertébraux d'où décroissance de la taille. Peut-être la tuberculose n'agit-elle quelquefois que par l'intermédiaire des lésions cardiaques qu'elle crée; le nanisme mitral par exemple résulterait d'une action mécanique plutôt que toxique, ces deux causes pouvant du reste marcher de front.

3° *Hérédo-syphilis*. — L'infantilisme constitue un des attributs de la syphilis héréditaire; nous empruntons à M. Fournier (1) le tableau saisissant de ses symptômes. Cette maladie a une prédilection marquée pour le système osseux, les os longs, le tibia, l'extrémité terminale de la diaphyse, le bulbe de l'os, en particulier. Ces manifestations aboutissent à un ensemble de stigmates dystrophiques remarquables : asymétrie crânienne; front olympien, à bosselures latérales ou en carène; effondrement du nez ou nez en lorgnette; voûte palatine ogivale. Tuméfaction, ostéophytes des os, crête tibiale transformée en face

(1) Fournier. Syphilis héréditaire.

osseuse, incurvation apparente des diaphyses des membres, tibia en lame de sabre, thorax en carène, déviation et gibbosité du rachis.

N'étaient certains signes spéciaux : douleurs ostéocopes, ostéopéristites, hyperostoses, symétrie des lésions, stygmates cutanées diverses, iritis chronique, ce tableau rappellerait d'une façon frappante celui des lésions rachitiques. Si bien que Parrot a pu définir le rachitisme « un mode d'expression de la syphilis héréditaire vers la deuxième année de la naissance ; une lésion d'essence syphilitique ».

M. Fournier remet les choses au point ; pour lui cette dystrophie se rencontre avec une fréquence considérable chez les sujets atteints d'hérédo-syphilis, mais elle n'est que le résultat d'un trouble général importé par la syphilis dans l'organisme, dans le système osseux en particulier. D'ailleurs c'est incontestable, autant que les autres hommes les rachitiques sont sujet au chancre induré ; or la récurrence s'observe rarement chez les gens atteints d'accidents spécifiques.

Cette constatation seule ne suffit-elle pas pour ébranler la théorie de Parrot ?

4° *Lèpre*. — Les enfants lépreux, conçus pendant la lèpre des parents, sont voués à une cachexie lamentable qui met obstacle à l'accroissement de leur taille au même titre que les intoxiqués, les syphilitiques, les tuberculeux. Au même titre que les infantiles qui nous restent à étudier, ce sont des cachectiques.

5° *Malaria*. — On rencontre aussi le nanisme dans les pays à Malaria, la Sologne, les Dombes ; Lance-

reaux le rattache à l'altération de la *rate*. Celle-ci exercerait sur la croissance une influence qui, pour être moins considérable que celle du corps thyroïde, n'en a pas moins une valeur réelle. Mais, dans toutes les observations citées, la cachexie palustre joue certainement un rôle ; nous en arrivons aux mêmes conclusions que pour les affections précédentes.

6° *Anangioplasie*. — Les maladies congénitales du cœur (anomalies des cloisons, des orifices auriculo-ventriculaires et artériels) qu'elles résultent de lésions tératologiques ou d'une endocardite fœtale, aboutissent au même résultat ; cyanose, palpitations, refroidissement des extrémités, troubles du système nerveux révèlent une altération nutritive capable de conduire le malade à la tuberculose, au rachitisme ou au nanisme simple, à l'infantilisme.

Voilà les principales causes de l'infantilisme du type de Lorain, mais tous les états morbides chroniques, qui retardent le cours du sang artériel ou en altèrent la composition, peuvent entraîner les mêmes effets. Dans ce type infantile, les attributs morphologiques de l'enfance sont exceptionnels ; on n'a plus à faire qu'à des petits hommes. Et ce sont bien des petits hommes ; tout chez eux a cessé de croître et cependant ces corps exigus sont devenus des corps parfaits en miniature. Ils ont subi les transformations de l'enfance et sont arrivés à la morphologie de l'adulte. S'il leur manque la pilosité du mâle — car ils n'ont souvent de poils ni sur le visage, ni au pubis, ni sous les aisselles — ils en ont pourtant les attributs pri-

mordiaux : des organes sexuels bien conformés, peu volumineux assurément, mais proportionnés au reste de l'organisme.

« Je ne vois, dit Brissaud, d'autre analogie entre
« ces sortes d'athrepsies prolongées et l'infantilisme
« pur, que la petite taille. Mais la petitesse de la
« taille est chose contingente, puisqu'il y a des infan-
« tiles de toute taille, puisqu'il y en a qui dépassent
« la taille moyenne. Enfin je ne reconnais aucun trait
« de la parenté entre nos infantiles myxœdémateux,
« qui ont de l'embonpoint, une bonne mine, des fonc-
« tions organiques irréprochables et les avortons
« ridés, les petits vieux héritiers nombreux de la
« syphilis héréditaire (Brissaud). »

Tout n'est pas dit sur cette question, bien des cas laissent encore perplexes, tel celui de Guilhaumont décrit par le D^r Patel (1) dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Après une étude approfondie l'auteur conclut que la scoliose, la double luxation de la hanche, l'atrophie des membres inférieurs, enfin le nanisme de son sujet, résultent d'un arrêt de développement portant sur la moitié inférieure du corps, bassin et membres inférieurs et aussi sur la colonne vertébrale.

Voici donc un arrêt de développement partiel cause de nanisme, nous n'insisteront pas, l'étude de cette question pouvant nous entraîner trop loin.

Néanmoins l'ensemble de caractères propres à l'infantilisme Lorain que M. Brissaud s'efforce d'opposer

Dr Patel, interne des hôpitaux de Lyon, aide d'anatomie à la Faculté. Nanisme insolite. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 31 mars 1901.

à ceux de l'infantilisme pur, myxœdemateux, ouvre plus grand l'horizon de nos connaissances sur l'étiologie du nanisme, du nanisme abstrait surtout, de l'homme miniature. Sans être infaillibles, tant s'en faut, nous pouvons à première vue, grâce à ce travail d'ensemble, classer méthodiquement dans l'un des groupes précédents une foule de nains autrefois énigmatiques et considérés faute de mieux comme des rachitiques simples.

Enhardi par cette étude et sur la simple inspection du « facies », nous avons au chapitre du nanisme thyroïdien, posé un diagnostic d'infantilisme myxœdemateux : c'était la *Reine Mab*.

Sous le couvert du même toit — *la galerie des machines* — et l'égide du même Nestor (*Barnum*), existe un nain remarquable.

Pierre le Grand, dit le Petit, est un homme de 21 ans, il mesure 40 cent. et ne pèse que 6 livres. Son visage anguleux, ses rides, ses cheveux poudrés, son costume même, évoquent immédiatement l'image des petits vieux décrits par M. Brissaud, l'image des infantiles type Lorain. N'étaient la rapidité, l'automatisme de ses gestes — dénotant du reste un état nerveux spécial — on dirait volontiers un vieux beau du temps de Molière.

Mais ces diagnostics à distance n'ont qu'une valeur relative ; occupons-nous de choses mieux à la portée de notre observation, de cet Eugène Dulin que nous a présenté M. le prof. Poncet avec une obligeance dont nous le remercions encore.

Dans quelle variété de nanisme faut-il le classer ?

CHAPITRE V.

Diagnostic.

Qu'est-ce donc que ce nain, Eugène Dulin ? de quelle lésion est-il atteint ? son histoire, racontée dans l'observation du D^r Patel, nous laissait perplexe : début à l'âge de 10 ans ; ramollissement, fractures multiples des os des membres ; épaisissements, saillies, incurvations diaphysaires ; voici bien un ensemble de symptômes pouvant donner lieu aux hypothèses les plus diverses.

En faveur de l'ostéomalacie, nous avons l'âge du malade, la souplesse, les fractures multiples de ses os ; d'autre part leur hypertrophie, ce bloc dur senti à travers les téguments, ces saillies osseuses, dirigeaient notre attention du côté de la syphilis héréditaire. Le rachitisme aussi pouvait être en cause, mais, seule, la courbure des jambes plaidait en sa faveur.

La radiographie nous tire d'embarras, grâce à elle le diagnostic devient d'une clarté évidente.

Notre sujet présentait une couche adipeuse d'une épaisseur, d'une dureté remarquables ; cette particularité explique les résultats contradictoires de l'inspection, de la palpation, de la photographie. Cette dureté des téguments masque les reliefs, les nouures épiphysaires ; des sensations fausses en sont aussi la conséquence : diaphyses énormes, coudures, reliefs osseux. Avouons-le, les planches de M. Chanoz nous ont étonné, d'autant plus que les fractures multiples, in comptables, signalées dans l'observation, rendaient admissible la perception de ces sensations. Dulin a-t-il voulu se rendre intéressant, s'est-il amusé à mystifier les médecins ? C'est fort possible, je dirai même probable. Car en admettant le peu d'exubérance des cals osseux, les difficultés de la radiographie, comment se figurer des fractures in comptables et jamais immobilisées, sans coudures, saillies anguleuses ou chevauchements consécutifs. Or ces diaphyses ne montrent que des courbes et des courbes très élégantes.

En somme, ces sensations tactiles plutôt subjectives, ces histoires bien invraisemblables, doivent céder le pas aux constatations fournies par les rayons faradiques ; eux seuls, peut-être, ne nous tromperont pas.

C'est bien un rachitique que nous avons devant nous : torsion des os des bras, des clavicules ; déviation du rachis ; déformation du bassin ; courbures du fémur ; tibia et péroné en lame de sabre ; épiphyses noueuses, hypertrophiées ; ces symptômes ne sont-ils pas concluants.

Certes, l'examen histologique, la constatation de lésions au niveau du cartilage de conjugaison,

seraient d'une grande utilité. Contentons-nous de peu, tâchons d'affirmer notre opinion par l'étude du diagnostic différentiel.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Dulin n'a pas la tête énorme, le tronc normal, les membres minuscules, les mains en trident de l'*Achondroplase*. Ses diaphyses, proportionnées de toute façon, ne sont ni courtes, ni épaisses. Et puis, son infirmité n'est survenue qu'à l'âge de 10 ans, elle n'est pas congénitale.

Serait-il *myxœdémateux* ? Non, son corps thyroïde paraît normal ; il est intelligent, vif, alerte ; en aucune façon il ne présente les attributs de l'Infantilisme. Sa barbe épaisse, touffue, ses organes génitaux très développés, son facies, rude, rien ne rappelle chez lui l'aspect d'un enfant. Ce bout d'homme, pénétré de son importance, serait sans doute fort mortifié s'il vous savait de pareilles suppositions ; il s'empresse-rait de modifier votre opinion par le récit d'exploits, de conquêtes invraisemblables. Et encore chez les thyroïdiens, le nanisme résulte d'un arrêt de développement généralisé à tous les appareils, ici au contraire la torsion du rachis et des membres inférieurs se trouve seule en jeu. L'*infantile* peut être parfaitement constitué, Hulin ne sera jamais qu'un difforme. Serait-il mieux reçu dans la classe du type Lorain ? pas le moins du monde, on le montrerait du doigt ; tout son être difforme le désignerait à l'horreur publique.

L'hiver dernier au Cirque Rancy, deux ravissants petits nains, frère et sœur, *Smaun* et *Fatma*, obtinrent un succès énorme. L'harmonie de leurs formes, la vivacité et l'adresse de leurs exercices faisaient l'admiration de tous. Quelle triste figure le pauvre Hubin n'aurait-il pas fait en leur présence. Et pourtant ces hommes, à 21 ans, ne mesuraient que 50 centimètres.

Faisons en passant une remarque : parmi les infections, cause fréquente de cet infantilisme du type Lorain, l'*Hérédo-syphilis* occupe, nous l'avons vu une place importante, ses malheureux produits quelquefois bien proportionnés, peuvent présenter aussi des déformations dignes de Pierre Hulin. Ce nain ne serait-il qu'un syphilitique ? Nous ne le croyons pas. L'incurvation de ses diaphyses est réelle, elle ne tient pas à un épaississement de l'os mais à sa flexion simple. Sa crête tibiale coupante ne ressemble guère à la face osseuse de ce même tibia dans l'incurvation apparente pseudo-rachitique. Hulin n'a pas de tuméfactions osseuses, ni d'hyperostoses ; aucun stigmates spécifiques (asymétrie faciale, hydro-céphalie, effondrement du nez, altérations dentaires, iritis, lésions cutanées). Jamais il ne s'est plaint de douleurs ostéocopes.

La vérole n'est pas en cause.

Ce nain ne peut donc entrer dans aucune des familles achondroplasiques thyroïdiennes ou infantiles ; de par la radiographie, c'est un rachitique.

Et pourtant une objection se pose : « le rachitisme » se développe vers la fin de la période de lactation,

« c'est-à dire vers la fin de la première année et le commencement de la seconde. » (A. Poncet).

Or Dulin n'est tombé malade qu'à l'âge de 10 ans; malgré cette radiographie typique faut-il douter encore et rattacher notre cas à l'ostéomalacie ?

Imitons nos devanciers, admettons un rachitisme tardif et, faute de mieux, cherchons dans les observations publiées jusqu'ici quelque chose de semblable au cas qui nous occupe. Alors nous poserons des conclusions fermes.

OBSERVATION II.

Hutinel et Auscher.

Louise X..., a grandi régulièrement jusqu'à l'âge de 17 ans. Dans sa première enfance on trouve la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde. A la suite de cette dernière maladie (à 11 ans) la marche de la malade faiblit, une fatigue intense se manifestait aux chevilles, aux genoux. Puis, à 17 ans, survinrent les déformations des jambes. Actuellement on constate un genu valgum double, le chapelet rachitique, des mortaises tibio-tarsiennes boursoufflées, des poignets gros par suite du renflement noueux des extrémités inférieures du cubitus et du radius.

Crâne normal. — Radiographie : persistance du cartilage de conjugaison.

Zélia X..., 14 ans, mêmes antécédents que sa sœur.

Genu valgum, chapelet costal, nouures aux poignets, genoux, chevilles, crâne normal.

Ces déformations sont apparues à l'âge de 13 ans.

Deux autres sœurs, l'une de 11 ans, l'autre de 8, présentent déjà quelques signes de rachitisme.

Le père était alcoolique, la mère tuberculeuse.

OBSERVATION III.

Mac Ewen. (*Traité de l'ostéomalacie.*)

Un garçon de 16 ans prend la scarlatine et, à peine remis de cette fièvre éruptive, ressent des douleurs dans les membres, spécialement au niveau du genou. Il devient triste, paresseux, présente des troubles digestifs, des sueurs profuses, des douleurs vives au niveau des membres et seulement calmées par le repos. Un mois après le début de ces symptômes, ses membres inférieurs commencent à se courber en dehors. Les extrémités des os de l'avant-bras étaient gonflées et douloureuses au toucher comme aussi les extrémités inférieures des fémurs; il avait cet aspect épuisé et cette teinte terreuse de la peau qui caractérisent le rachitisme dans sa forme grave. Dans l'espace de six mois et après avoir marché beaucoup, il y eut des genu valgum très développés.

Mac Ewen rapporte encore deux cas analogues ayant évolué chez des adolescents de douze à dix-huit ans. Ce dernier avait un frère qui pendant son enfance avait eu un rachitisme très marqué.

OBSERVATION IV.

H. Clutton (in St-Thomas's Hospital Rép., 1886.)

L. W..., petite fille, 12 ans.

Marche et dentition tardives, mais aucune déformation jusqu'à l'âge de 11 ans. A ce moment ses jambes commencent à se plier, ses chevilles ont grossi et une proéminence est apparue à la région sacrée. Les jambes sont légèrement courbées, cette courbure est particulièrement nette aux épiphyses inférieures et supérieures du tibia. Les courbures anatomiques de la clavicule sont exagérées, il y a sur chacune un gros tubercule sous-deltaïdien. Tous les autres os sont indemnes. Chapelet costal, toutes les articulations augmentées de volume. *Crâne normal.*

OBSERVATION V.

Pitts, cité par Clutton.

M. F..., âgée de 14 ans, a une torsion extrême des jambes avec hypertrophie des épiphyses de même nature que le rachitisme infantile.

Les signes ont commencé aux jambes il y a deux ans, l'incurvation depuis cette époque a fait des grands progrès : jambe droite est en genu valgum accentué, la gauche en genu varum ; pas d'incurvation sur les autres os longs. Nodosités nombreuses, surtout aux poignets et aux chevilles ; chapelet rachitique. *Crâne normal.*

OBSERVATION VI.

Lucas, The Lancet, (1883).

A la suite d'une maladie (non indiquée), et à l'âge de 14 ans, un jeune homme devient de plus en plus faible. Il se plaint de douleurs dans le dos, de faiblesses dans les jambes. Son attention est attirée d'abord par sa marche, le pied appuie sur le sol par son côté externe et les genoux se placent en dedans. A l'examen on trouva les malléoles élargies, la voûte plantaire affaissée, un léger degré de genu valgum, une quadruple courbure de la colonne et un élargissement de l'extrémité antérieure des côtes.

Il serait trop long de reproduire en détail toutes les observations connues ; citons seulement l'âge du début et les principales lésions de quelques cas :

Drewit (in Transact. soc. path. de Londres 1881).
1° à 9 ans et demi à la suite d'une bronchite : lésions rachitiques généralisées. genu valgum ; 2° à 10 ans apparition de lésions rachitiques constatées par l'autopsie.

Malfuson. — Déformation du poignet d'origine probablement rachitique chez des jeunes filles pubères.

Kassowitz et Weinlechner : deux cas de 16 et 15 ans. Cypho-scoliose, courbure des os, gonflement des épiphyses.

James. — rachitisme débute à 17 ans.

Rachitisme type, généralisé, rachitisme partiel sous toutes ses formes, depuis le genu valgum jusqu'à la scoliose essentielle des adolescents, peuvent donc survenir pendant toute la période d'accroissement du squelette. Plus l'activité ostéogénique est grande, plus les perturbations seront intenses.

Toutes ces observations en font foi ; la tête comme nous l'avons dit n'est jamais atteinte ; Eugène Dulin peut rentrer dans la famille des rachitiques tardifs.

CONCLUSIONS

1° L'étude des différents cas de nanisme, facilitée aujourd'hui par des recherches anatomo-pathologiques, par une connaissance plus approfondie du développement des os, et surtout par la radiographie, qui renseigne sur l'état du squelette, a permis de jeter les bases d'une classification qui peut comprendre la plupart des observations connues ;

2° Nains rachitiques, nains athyroïdiens, nains achandrop拉斯iques, ce sont là des catégories dont les caractères paraissent aujourd'hui définitivement tranchés ;

3° A propos du nanisme rachitique, il faut admettre qu'il peut avoir comme cause le rachitisme survenu pendant l'enfance (cas fréquent), et aussi le rachitisme survenu pendant l'adolescence. C'est ce dernier point que confirme l'observation de M. le Prof. Poncet ;

4° Les cas de *nanisme rachitique tardif généralisé* seraient rares, mais *a priori* leur existence n'est pas

douteuse. Comme le veut M. le Prof. Poncet, le crâne seul, complètement ossifié à cet âge, demeurerait intact; les os, longs au contraire, se déformeraient et en même temps s'atrophieraient, double cause de diminution de la taille;

5° A côté de tous ces cas de nanisme, il y a place pour une série de variétés qui ne sont aujourd'hui qu'à signaler, mais qui trouveront plus tard une classification plus rationnelle.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

A. PONCET.

Vu :

Pr LE DOYEN,

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,

PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

G. COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BRISAUD. — Leçons sur les maladies nerveuses.
- CHARCOT ET RICHER. — Les difformes et les malades dans l'art, 1889.
- DANIS. — De l'influence de la glande thyroïde sur le développement du squelette. Thèse de Lyon, 1876.
- DEYDIER. — Rachitisme tardif. Thèse de Lyon, 1895.
- DUPLEY. — Gazette des Hôpitaux, 1891.
- FOURNIER. — Syphilis héréditaire.
- GARNIER. — Nains et géants. Bibliothèque des Merveilles, 1884.
- HERTOGHE. — Bulletin de l'Académie royale de Belgique, octobre 1897.
- HUTINEL ET AUSCHER. — Rachitisme tardif familial. Société médicale des hôpitaux, 16 juillet 1897.
- JAMES. — Scottisch Med. a surg. journ, janvier 1897.
- MARIE. — Achondroplasie. Presse médicale, juillet 1900.
- MEIGE. — Nains et bossus dans l'art. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, 1896.
- PATEL. — Nanisme insolite. Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 31 mars 1901.

PONCET. — Maladies des os. Traité de chirurgie de Duplay et Reclus.

PORAK. — Nouvelles Archives d'obstétrique, 1889-90.

REGNAULT. — Bulletin et Mémoires de la Société anatomique, juillet 1901.

RICHER. — Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, n° 6, 1892.

SPILLMANN. — Rachitisme. Thèse de Nancy, 1900.

STANLEY. — Dans les ténèbres de l'Afrique.

ZIMERNN. — Rachitisme familial. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière, juillet 1891.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER. — Observation.....	7
CHAPITRE II. — Radiographie.....	17
CHAPITRE III. — Définition du nanisme.....	23
CHAPITRE IV. — Variétés.....	27
Rachitique	27
Achondroplasique.....	34
Athyroïdien	38
Infantilisme (type Lorain).	45
CHAPITRE V. — Diagnostic.....	51
CONCLUSIONS.....	61
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	63
